

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Sebepojetí osob s omezením samostatné mobility

Self-concept of people with limited mobility

Eva Rychtarová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: B ČJ – SPG

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Sebepojetí osob s omezením samostatné mobility potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze

13. 7. 2018

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za cenné rady a připomínky a dále bych poděkovala mé rodině a okruhu nejbližších přátel za podporu.

ABSTRAKT

Cílem této práce je seznámit čtenáře s otázkou sebepojetí u lidí s tělesným postižením. V rámci teoretické části je zmíněno zdravotní postižení, tělesné postižení, které je rozděleno na vrozené a získané, chronické a lokomoční (pohybové). Dále charakteristika vybraných tělesných postižení, člověk s handicapem a jeho postavení ve společnosti. Cílem praktické části bylo zjistit pojetí svého života s handicapem vrozeným a získaným, dále rozdíl vnímání života žen a mužů. Výzkum byl proveden pomocí kvantitativního dotazníkového šetření dostupného na Facebookových stránkách Kvadru, o. p. s., doplněný rozhovorem s Martinem Olišarem, zakladatelem Kvadru, o. p. s. a sám tělesně postižený. Z výsledků výzkumu vyplývá, že není viditelný rozdíl v sebepojetí osob s vrozeným a získaným postižením, ale je rozdíl ve vnímání žen a mužů na reakce společnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

tělesný handicap, vrozené a získané postižení, sebepojetí osob s omezením samostatné mobility

ABSTRACT

The aim of this thesis is to introduce the issue of the self-concept in case of physically disabled people. The theoretical part is dedicated to handicaps and physical disability divided into congenital and gained ones, chronic and movement disabilities. Furthermore, there is the characterization of chosen physical disabilities, disabled person and his position in society. The aim of the practical part is to find out the concept of life, both in case of congenital and gained disability, also the difference between men's and women's perception of the world. The research was done by quantitative questionnaire accessible on Facebook page of Kvadru, o.p.s., supplemented by the interview with Martin Olišar. the founder of Kvadru o.p.s. and disabled himself. The research shows that there is no visible difference in self-concept in case of congenital and gained disabilities. However, there is the difference between men's and women's perception of society's reaction.

KEYWORDS

physical disability, congenital and gained disabilities, self-concept of people with limited independent movement

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 7 |
| Teoretická část..... | 8 |
| 1 Zdravotní postižení | 8 |
| 1.1 Handicap | 8 |
| 1.2 Invalidita | 8 |
| 2 Tělesné postižení | 10 |
| 2.1 Vrozené a získané tělesné postižení..... | 10 |
| 2.1.1 Vrozené postižení | 10 |
| 2.1.2 Získané postižení | 10 |
| 2.2 Chronické postižení | 11 |
| 2.3 Lokomoční (pohybové) postižení | 11 |
| 3 Charakteristika tělesného postižení | 12 |
| 3.1 Dětská mozková obrna..... | 12 |
| 3.2 Paraplegie..... | 12 |
| 3.3 Kvadruplegie..... | 12 |
| 3.4 Viditelná deformace..... | 13 |
| 4 Hlavní specifika osob s tělesným postižením:..... | 15 |
| 5 Motivace k lepšímu „já“ | 16 |
| 6 Postoj společnosti k lidem s tělesným postižením | 18 |
| 6.1 Typy předsudků | 19 |
| 6.2 Člověk především | 20 |
| 6.3 Socializace a interpersonální vztahy | 22 |
| 6.3.1 Determinanty socializace..... | 23 |
| 6.4 Partnerské vztahy a interní život mladých dospělých s tělesným postižením | 24 |

| | | |
|--------|--|----|
| 6.5 | Zaměstnání..... | 25 |
| 7 | Kvadru, o. p. s..... | 26 |
| | Praktická část..... | 28 |
| 8 | Charakteristika výzkumu, stanovené hypotézy a cíle..... | 28 |
| 9 | Metody výzkumu..... | 29 |
| 9.1 | Použité metody a techniky sběru dat | 29 |
| 9.2 | Charakteristika výzkumného souboru | 30 |
| 10 | Výsledky výzkumu..... | 31 |
| 10.1 | Druh handicapu u respondentů..... | 31 |
| 10.2 | Začlenění do pracovního procesu..... | 31 |
| 10.3 | Zapojení do společenského života a soukromí..... | 32 |
| 10.3.1 | Zapojení do organizací, asociací a spolků | 32 |
| 10.3.2 | Sport, úspěchy | 33 |
| 10.3.3 | Partnerské vztahy..... | 34 |
| 10.3.4 | Sociální interakce, sebepojetí | 35 |
| 10.4 | Rozhovor s Martinem Olišarem, zakladatelem Kvadru, o.p.s. | 37 |
| 10.5 | Shrnutí | 39 |
| 11 | Odpovědi na výzkumné otázky | 42 |
| 12 | Závěr..... | 43 |
| 13 | Seznam použitých informačních zdrojů | 44 |
| 14 | Seznam příloh..... | 46 |

Úvod

Při volbě tématu své bakalářské práce jsem vycházela ze svých osobních zkušeností, které jsem získala při práci asistentky u Martina Olišara, který je sám kvadruplegikem a v současné době pomáhá lidem se stejným postižením. Martin své postižení získal úrazem, který se mu stal v dospělosti. Při společných setkáních jsem viděla jeho pozitivní myšlení i problémy, které s jeho postižením vyplývaly. Často jsem přemýšlela nad tím, zda jsou tyto problémy chápány u všech osob s podobným handicapem stejně, zda jsou rozdíly mezi lidmi, kteří se s postižením narodili a těmi, kteří ho získali až už úrazem nebo nemocí. O problematice tělesného postižení velice často lidé uvažují pouze jako o něčem, co se týká druhých a nikoliv nás. Kladla jsem si otázky, zda lidé, kteří se s postižením narodili, se lépe vyrovnávají s životními situacemi, pohledem na život a vnímání jejich osobnosti okolím. Cílem této bakalářské práce je prozkoumat tyto mé otázky z pozice člověka se získaným a vrozeným tělesným postižením.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy, které jsou důležité pro pochopení této problematiky. Praktická část bude mít čtyři kapitoly a několik podkapitol, ve kterých bude popsán kvantitativní výzkum realizovaný prostřednictvím dotazníku. Budou stanoveny cíle a otázky výzkumu. Dále metody a výsledky výzkumu. V této části budou shrnuty odpovědi respondentů na otázky z dotazníku. V závěru budou zodpovězeny odpovědi na otázky, které jsem si kladla na začátku práce pomocí získaných informací z praktického šetření a dány doporučení pro různé instituce a organizace zabývajícími se omezenou mobilitou osob.

Teoretická část

1 Zdravotní postižení

Výraz vypovídá o tom, že je nějakým způsobem narušeno zdraví. Dochází k porušení, omezení či znemožnění nějaké funkce schopnosti nebo výkonu v činnosti. Může se jednat o poruchu, orgánovou vadu, omezenou schopnost, ale i vliv toho všeho na život jedince. (Novosad, 2011)

Matoušek (2008) definuje zdravotní postižení jako postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. (Novosad, 2011, s. 90)

1.1 Handicap

Nepříznivá sociální situace člověka, která vyplývá z poruchy nebo omezené schopnosti. Takovýto člověk nemůže naplňovat očekávání, která jsou v současné době a kultuře spojovaná s normalitou. *Novosad definuje: Zdravotní postižení i handicap jako společenské pojmy, odvíjející se ze vztahů mezi tělesným, smyslovým nebo psychickým poškozením a společenským prostředím.* (Novosad, 2011, s. 91) U jedince se zdravotním postižením může dojít k tomu, že bude znevýhodněn (handicapován) v určité oblasti, ať už psychické, sociální či fyzické. (Novosad, 2011)

1.2 Invalidita

Kvůli pravému významu slova považujeme za invalidu každého člověka, který je buď na invalidním vozíku, nebo který je neschopen práce (tento pojem se často spojujeme s invalidním důchodem). Jedná se o ztrátu nebo snížení pracovní dovednosti, která vzniká důsledkem vážné nemoci nebo při úrazu. Invaliditu můžeme rozdělit na tři stupně:

1. Invalidita 3. stupně – Týká se jedince, který má pokles pracovních schopností nejméně o 70 %.
2. Invalidita 2. stupně – Týká se jedince, který má pokles pracovních schopností nejméně o 50 %
3. Invalidita 1. stupně – Týká se jedince, který má pokles pracovních schopností nejméně o 35 %.

(Stupně invalidity: Invalidita. Duchody-duchodci.cz: ... kdy a za kolik do důchodu [online].)

2 Tělesné postižení

Tělesné postižení je dlouhodobý nebo trvalý stav, který je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, který je nenávratný. Tento stav zapříčiňuje postižení některé či více oblastí všedního fungování člověka a omezení jeho reálných životních šancí. Nejčastěji se jedná o omezení pohybových schopností či koordinaci pohybu. To má za důsledek časté zpochybňování normality lidí s tělesným postižením, protože projevem existence lidské bytosti je pohybovat se a být soběstačný.

Odras odlišného těla se utváří v rovině sociální, u které se jedná zejména o odchylku od funkční a vzhledové normy a reakce okolí na jedince s tělesnou jinakostí. Dále v rovině profesionálního pomáhání, kterou můžeme najít ve zdravotnictví či sociální sféře, hovoří se především o těle jako o věci, se kterou je třeba něco dělat, a neuvědomují si, že tělo je součástí lidské bytosti. Poslední je rovina osobní, v této rovině je důležitý vztah k vlastnímu tělu. V mnoha ohledech se liší u jedinců s vrozeným postižením a u jedinců se získaným postižením. (Novosad, 2011)

2.1 Vrozené a získané tělesné postižení

2.1.1 Vrozené postižení

Člověk s vrozeným postižením se vyvíjí jinak než člověk s postižením získaným. Takový to člověk získá a získává potřebné zkušenosti a ví, co může od života očekávat. Nemusí se tedy učit nic nového. Tato osoba má tedy k dispozici časový prostor a škálu podpůrných opatření k tomu, aby se adaptovala na svoji reálnou situaci, přijala ji a našla cestu k seberealizaci. (Novosad, 2011)

„Murphy 2011, se k tomu vyjadřuje takto: Ztělesnění je pro lidi, kteří se s postižením už narodili, problém, ale měli alespoň možnost se do svých omezení socializovat od dětství.“ (Murphy in Novosad, 2011, s. 114)

2.1.2 Získané postižení

Získané proti vrozenému postižení zasahuje méně do vývoje funkcí osobnosti, které se do doby vzniku postižení mohly vyvíjet normálně. (Vágnerová, 2000) Lidé, kteří se ocitnou v situaci náhlé změny zdravotního stavu, nemají výše zmíněnou možnost postupné

adaptace. Krizová situace nastává u lidí, kteří do doby úrazu, neměli žádné zdravotní problémy a přes veškerou léčebnou péči jim zůstali trvalé následky s charakterem chronické nemoci či tělesného postižení. Postižení tak zasahuje do kvality života a omezuje jim jejich aktivity a příležitosti, což se přirozeně promítne do sociálních, osobních, rodinné i profesní stránky života. Často dochází také ke zhroucení dosavadních jistot představ životních plánů a očekávání. Vždy záleží na osobnosti jednotlivce, jeho zázemí, závažnosti jeho vztahům, perspektivách a schopnostech adaptace. (Novosad, 2011)

2.2 Chronické postižení

Obvykle se jedná o nevyléčitelné onemocnění, respektive dlouhodobě výrazně nepříznivý zdravotní stav jedince. Poškození nebo oslabení fyziologických funkcí lidského organismu vyžaduje stanovený životní styl, životosprávu a dodržování určitých léčebných opatření. Dochází ke snižování kvality života nemocného i jeho blízkého okolí, omezuje se odolnost vůči zátěžím, námaze a vede k utlumení fyzických aktivit. Sekundárně může vést omezení pohybových schopností. Jedná se o postižení tak zvané interní, to znamená, že většinou toto onemocnění není na pohled zřejmé, a tudíž postiženého nestigmatizuje. (Novosad, 2011)

2.3 Lokomoční (pohybové) postižení

Jedná se o omezení hybnosti až znemožnění pohybu dysfunkce motorické koordinace, vývojová vada, orgánová či funkční porucha nosného či hybného aparátu, centrální nebo periferní porucha inervace, amputace, či deformace. Jedná se o postižení, které je patrné na první pohled. Dochází tedy k tomu, že postižení je stigmatizován, objevuje se snížená funkční výkonost, někdy až ztráta některé oblasti lokomoce. Snižuje se kvalita života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem. (Novosad, 2011)

3 Charakteristika tělesného postižení

Z hlediska příčin a projevů rozdělujeme tělesné postižení na obrny, deformace a amputace, přičemž často dochází k vzájemnému překrývání. Polovina populace lidí s postižením v České republice trpí také dětskou mozkovou obrnou. (Novosad, 2011)

3.1 Dětská mozková obrna

Jedná se o vrozené postižení CNS, které z hlediska stupně a rozsahu mívá velkou škálu funkčních poruch různé závažnosti. Například poruchy svalového napětí, hybnosti, koordinace pohybů nebo třeba omezenou vyjadřovací schopnost. Mezi příčiny patří například nedonošenost jedince, infekce matky v období těhotenství, nebo infekce jedince krátce po porodu. DMO má dle Buřvalové a Reitmayerové tři základní formy:

- spastická forma: „Trvalé zvýšené svalové napětí, které omezuje, či zcela znemožňuje určitý pohyb. Pohybové postižení způsobené DMP se rozlišuje na částečnou obrnu (parézu), nebo úplnou obrnu (plegii).“
- dyskinetickou – dystonickou forma: „Mimovolní, pomalé, škubavé až krouivé pohyby svalů, mohou se jevit jako mimické projevy, které nelze ovládat vůli.“
- aktická forma: „Postižení pohybové koordinace, potíže s udržením rovnováhy a problémů při rychlejším pohybu, nápadně opožděný pohybový vývoj jedince.“ (Buřvalová, Reitmayerová, 2007, s. 8)

3.2 Paraplegie

Paraplegie je úplné ochrnutí poloviny těla, obvykle obou dolních končetin. Vzniká při poranění míchy, nebo u nádorů míchu stlačujících. Zároveň mohou být porušeny i nervy zásobující orgány malé pánve, např. močové a pohlavní ústrojí (plegie) Plegie – úplná neschopnost aktivního, volného pohybu, ochrnutí (paréza) Paréza – obrna. Částečná neschopnost aktivního, volného pohybu. (Buřvalová, Reitmayerová, 2007)

3.3 Kvadruplegie

Kvadruplegie je částečné nebo úplné ochrnutí všech čtyř končetin. Toto postižení může být způsobeno dětskou mozkovou obrnou, svalovou dystrofií a stavu po úrazech

(autonehoda aj.). Kvadruplegií můžeme rozdělit do několika úrovní, a to od C4 až C8. (příloha obrázek č. 1 – 2), (Diagnóza. Kvadru.cz [online])

Léze C4

Dýchání je brániční. Pacient je závislý na péči jiné osoby. Je nutný elektrický vozík ovládaný bradou. Psaní na elektrickém psacím stroji nebo počítači pomocí ústní tyčky, trackballu, či ovládání pomocí snímání pohybu očí nebo celé hlavy. Někdy je nezbytná trvalá tracheální kanyla, což je zařízení, které pomáhá k dýchání. (Diagnóza. Kvadru.cz [online])

Léze C5-C6

Pacient si sedne, lehne si na lůžku, částečně může oblékat horní polovinu těla. Postrkuje sám mechanický vozík na rovině, elektrický vozík může ovládat rukou. Dýchání je brániční. Omezenou funkci horních končetin mohou vybavené kompenzovat pomůcky. (Diagnóza. Kvadru.cz [online])

Léze C7

Pacient je samostatný ve většině denních aktivit. Horními končetinami může řídit upravené auto. Dýchání také většinou brániční. (Diagnóza. Kvadru.cz [online])

3.4 Viditelná deformace

Viditelné deformace znesnadňují vzájemnou mezilidskou koexistenci a stávají se tak problémem v některých oblastech života. Je tedy důležité uvědomit si, že viditelná postižení neubírají na lidské hodnotě, potřebnosti ani důstojnosti. (Hanková, Vávrová, 2016)

Jak bývá u lidí zvykem, zůstávají ve většině případů k osobám s viditelnou deformací ambivalentní. (Hanková, Vávrová, 2016)

„Jednou z prvních věcí, které jsem vypožoroval, bylo, že sociální vztahy mezi postiženými a zdravými jsou plné napětí, neobratné a problematické. Lidé, které jsem znal, se nepodívali mým směrem. A lidé, s nimiž jsem se zdravíval pokývnutím, nekývli: i oni se

horlivě dívali jinam. Jiní můj vozík obcházeli širokým obloukem, jako by byl obklopen polostínem náказы.“ (Hanková, Vávrová, 2016, s. 53)

Každý jedinec s postižením má odlišné zachované schopnosti, vůli a motivaci, dále rodinné zázemí a jiné potřeby. „Například osoby s tělesným postižením v kategorii pohybového postižení paraplegie se mohou hodně lišit zachovanou funkčností horních končetin a svalů trupu, potřebnou dechovou kapacitou, tj. také mírou soběstačnosti.“ (Novosad, 2011, s. 112)

4 Hlavní specifika osob s tělesným postižením:

Tělesné osoby jsou takové, u kterých došlo ke *ztížení či ztrátě schopnosti pohybu, popřípadě omezení svobody pohybu*. (Novosad, 2012, s. 105) Problematická je pro ně především koordinace pohybů a možnost narušení jemné motoriky těla. Mají atypické až patologické stereotypy a užívají kompenzačních pohyby, které následně vedou k druhotnému postižení, respektive ke zhoršení stavu, jedná se například o dlouhodobé používání berlí, které vede k postižení kloubů horních končetin, zánětům šlach i k deformacím páteře. Podobně je tomu tak i u lidí používajících mechanický vozík. To se pojí i se zvýšenou závislostí na technických pomůckách či opatřeních (doprava, bezbariérové budovy) a na fyzické pomoci okolí (asistent). Musí respektovat určitou životosprávu a specifická zdravotní opatření (léčebná rehabilitace). Jsou ohroženi jak citovou, tak i sociální deprivací a dále takzvanou činností deprivací. To znamená tím, co může (respektive nemůže) dělat. Dochází tak k rozporu mezi nadáním a možnostmi toto nadání plně využít. Sociální deprivace vzniká především kvůli sociální izolaci jedince. Nastávají také poruchy sebepojetí, například zkreslené sebehodnocení, emoční labilita a neadekvátní prožívání událostí. To se pojí i s problémy v sociálních sférách týkajících se partnerských vztahů a komunikačními bariérami. Oslabuje se vůle, motivace k seberozvoji a sociální adaptaci. (Novosad, 2011)

„K výše uvedeným specifikům je nezbytné dodat, že osoby s tělesným postižením sice mohou mít určité společné rysy, ale zároveň musíme respektovat proměnlivé okolnosti i neopakovatelnost každé lidské bytosti a variabilitu jejího osudu.“ (Novosad, 2011, s. 108)

5 Motivace k lepšímu „já“

Za prvé je důležitá potřeba bezpečí. Pokud se jedinec necítí bezpečně, dochází k deprivacím (komunikačním a sociálním) a tabuizaci témat. V současné době se naše společnost vyhýbá kontaktů s postiženími, a to hlavně z důvodu, že sami lidé nevědí, jak se správně zachovat. Proto je v tuto chvíli důležitá rodina a přátelé, kteří mohou nabídnout pomocnou ruku, aniž by docházelo k trapným situacím. (Vágnerová, 2000)

S rodinou je také spojena potřeba lásky a sebeúcty, jejíž uspokojování se u každého jedince odlišuje. Ze strany rodiny však dochází často k velmi ochrannému postoji. (Vágnerová, 2000)

K potřebě úcty a sebeúcty bohužel velmi často vůbec nedochází. Postižení jedinec má k seberealizaci méně možností, čemu nepomáhá ani fakt, že ho společnost úplně neuznává.

Potřeba seberealizace je z hlediska názorů zdravých lidí u postižených nepodstatná, ale z pohledu nemocného se jedná o velmi citlivou oblast, jejíž uspokojení je velmi náročné a pohybuje se jen na úrovni snění, fantazie a přání. (Vágnerová, 2000)

Důležitá je také potřeba poznávání estetických prožitků, která vede k rozvoji člověka a jeho větší aktivizaci a samostatnosti. Díky pasivitě postižených často nedochází k uspokojení této potřeby a jedinec pak ze strachu ze ztráty bezpečí a jistoty zůstává na nižší vývojové úrovni. (Vágnerová, 2000)

Naplnění potřeb a motivace jsou pro zdravotně znevýhodněného jedince stejně důležité, ba dokonce důležitější než pro jedince zdravého. I když k jejich naplnění bohužel velmi často nedochází, je důležité, aby byly naplněny alespoň některé z nich. (Vágnerová, 2000)

Motivační tendence lze posuzovat i z hlediska míry jejich uvědomění. První úroveň se nazývá id, tato úroveň se vyznačuje tím, že jedinec má minimální vazbu na realitu a její omezení. U lidí s postižením často dochází k získání uspokojení k agresi, nebo naopak regresí. Další úroveň je ego. Jedinec přizpůsobuje své prožívání a chování realitě. Jsou to potřeby vědomé, které jsou neustále porovnávány se skutečností. U lidí s postižením je tato oblast spojena s uvědoměním reálných omezení i sociálních tlaků. Poslední úroveň se

nazývá superego. Tato úroveň obsahuje strukturu sociálních požadavků, které jsou spojovány i s odrazem postojů společnosti k lidem s postižením.

6 Postoj společnosti k lidem s tělesným postižením

Postoj společnosti ke zdravotně znevýhodněnému jedinci se v poslední době posunul. Stále vnímáme jejich nedostatky k práci, soběstačnosti a účasti na životě společnosti. (Novosad, 2011)

„Nemoc a postižení prý nepředstavují jen somatický problém, ale také psychický a sociální stav. O tom jsem se na vlastní kůži přesvědčil. Lidé dobrého zdraví berou svůj osud a své tělo jako samozřejmost: vidí, slyší, jedí, milují se a dýchají, protože mají fungující orgány, které jim všechny tyto věci umožňují. Tyto orgány a tělo jako takové patří k základům, na nichž stavíme své vědomí toho, kdo a co jsme, a jsou nástroji, s jejichž pomocí se potýkáme s realitou a vytváříme ji. Postižení je zároveň stavem těla i aspektem sociální identity – je to proces, který uvádějí do pohybu somatické příčiny, ale definici a význam mu dává společnost. V první řadě jde o sociální stav.“ (Murphy in Novosad, 2011)

Ambivalentnost

Přes veškeré humanizující tendence zůstává vztah společnosti k lidem s postižením ambivalentní až negativní. Je důležité uvědomit si, že postižení neubírá na lidské hodnotě potřebnosti a důstojnosti. Lidé se řídí předsudky, a tak neustále zařazují postižené do jiné kategorie, přitom bychom měli brát jedince jako celek a nezaměřovat se na jeho nedostatky. Ale jsme to právě my, kteří jim naším chováním neusnadňujeme překonávání jejich překážek. Přitom si neuvědomujeme riziko toho, že se můžeme ocitnout ve stejné pozici. (Novosad, 2011)

Nesprávné používání pojmů

Laická veřejnost vnímá handicap a postižení jako synonyma a nedokáže tak odkrýt jejich pravý význam. (Novosad, 2011)

Obvyklé argumenty

Zastánci integrace a inkluze tvrdí, že postižení může potkat každého, a proto bychom měli každého integrovat. Jedná se vlastně o násilné akceptování člověka s postižením, aniž bychom se zamysleli nad tím, jak se daný jedinec bude cítit v úplně cizím prostředí a kolektivu zdravých dětí. (Novosad, 2011)

6.1 Typy předsudků

Paternalistické a podceňující předsudky

Jsou charakterizovány pomáhající či pečující osobou, rozhodují o tom, co tito lidé mohou, dokážou a nedokážou bez ohledu na jejich skutečný potenciál. Samozřejmě se předpokládá, že tito lidé potřebují politování a ochranný postoj. (Novosad, 2011)

Odmítavé a degradující předsudky

Jedná se o vylučování práv a potenciálu lidí s tělesným postižením. Ti jsou považováni za neúčinné, společnost zatěžující, neproduktivní, a tudíž parazitující. To znamená, že podpora a péče jim adresována jde na úkor potřeb a daní zdravých lidí. Na postiženého je pohlíženo tak, že si postižení zaslouží, protože byl neopatrný, nebo hodně riskoval. Pokud například dosáhne tělesně znevýhodněný nějakého neobvyklého úspěchu, viz vysokoškolské vzdělání, dochází dokonce k tomu, že se zpochybňuje jeho akademický titul, s tím souvisí i rozdílné hodnocení pracovníků a zaměstnanců s postižením. (Novosad, 2011)

Protektivně-paušalizující předsudky

Jsou charakteristické tím, že občané s tělesným postižením mají mnoho neoprávněných a nezasloužených výhod. Klasickým příkladem jsou například ZTP. Vytváří to dojem benefitů pro postiženého, což neodpovídá realitě. (Novosad, 2011)

Idealizující (heroizující) předsudky

Život s postižením je považován za hrdinský a je nutné ho obdivovat. (Novosad, 2011)

Předsudky o rodičovských schopnostech osob s tělesným postižením

Veřejnost je stále toho názoru, že jejich děti jsou chudáci, a to z důvodu, že jim nemůžou dát všechno, ať už co se týče vývoje, či jeho budoucnosti. (Novosad, 2011)

Uvedené předsudečné postoje jsou východiskem pro diskriminaci. Diskriminace nastává, pokud je s člověkem s jakýmkoliv postižením zacházeno odlišně a neadekvátně jako s jiným člověkem bez postižení. Důležité je, aby každý jedinec mohl uplatnit své nadání a vlohy a aby mohl rozhodovat o svém životě. (Novosad, 2011)

6.2 Člověk především

Důležité při styku s lidmi s postižením je dodržovat určité „mravní zásady“. Například nenazývat je postiženými, ale lidmi s postižením. Je důležité nepřidělovat negativizující nálepky například imobilní, postižení, invalidní. Zdůrazňovat lidi, nikoliv jejich nálepky. (Máme otevřeno? o. s. in Novosad, 2011)

Lidé jsou vždy na prvním místě. Mluvit tedy o člověku s paraplegií ne o paraplegikovi, o člověku s kvadruplegií ne o kvadruplegikovi. Tím se klade důraz na osobnost jedince, a ne na jeho omezení či nemoc. (Máme otevřeno? o. s. in Novosad, 2011)

Poukazovat na pozitiva – dovednosti, schopnosti, možnosti, nicméně ne na zdravotní omezení. Omezujte emotivně soucitně výrazy jako například chudák, nešťastník, tragédie. Používat vždy taková slova, která odpovídají realitě. (Máme otevřeno? o. s. in Novosad, 2011)

Dále se snažit nezaměřovat na postižení. To znamená, že se vyvarujte příběhům o nemocech, vrozených poškozeních či těžkých zranění. Vždy je lepší soustředit se na důsledky, které ovlivňují kvalitu života těchto lidí. To znamená na vzdělávání, dostupnou zdravotní péči, přístupnost dopravních prostředků, zaměstnání, bezbariérové bydlení. (Máme otevřeno? o. s. in Novosad, 2011)

V čem se také velmi často chybí, je fakt, že lidi s postižením a jejich úspěch se popisuje jako nadlidský, což vytváří klamné očekávání, že všichni lidé se zdravotním postižením dokáží překonat své problémy a dosáhnout něčeho výjimečného a vyrovnat se tak lidem bez postižení. (Máme otevřeno? o. s. in Novosad, 2011)

Nikdy nepředstavujte jednotlivce jako nemocné. To se používá pouze u chronických chorob. Tito lidé by také neměli být nazýváni ani považováni za pacienty. (Máme otevřeno? o. s. in Novosad, 2011)

Jak je možné vidět, vždy je důležité přistupovat k člověku s postižením obezřetně, správně volit slovní spojení a jednat s ním jako s normálním. Nepoukazovat na nedostatky a vyzdvihovala pozitiva. Stejně tak, jak se lidé s postižením učí sžít se a vyrovnat se s ním, tak se i my učíme, jak správně jednat a komunikovat s lidmi s postižením. Nikdo není

bezchybný, a tak je důležité, když se i my naučíme něčemu novému. (Máme otevřeno? o. s. in Novosad, 2011)

„Zdravotní postižení není stav vytvářející závislost. Závislost ale mohou způsobit cesty (způsoby), jimiž jsme se my jako jednotlivci i my jako společnost rozhodli na zdravotní postižení reagovat“ S. Brown (Brown in Novosad, 2011)

„Podle Murphyho 2011: závislost představuje mnohem víc než fyzickou odkázanost na jiné, protože plodí pokřivený sociální vztah, který zasahuje všechno, je existenciální a jistým způsobem mrzačí víc než fyzický defekt sám.“ (Murphy in Novosad, 2011)

Uspokojování potřeb

Potřeby jedince s postižením nejsou nijak zvlášť odlišné než potřeby u zdravých lidí. Problém nastává pouze v tom, že tyto potřeby nemohou být často uspokojovány dlouhodobě, a tak musí dojít k jejich posunům a změnám. (Hanková, Vávrová, 2007)

Biologické potřeby osob s postižením bývají uspokojování většinou velmi dobře, důležitou roli hraje péče rodičů, či jiných opatrovníků. Další péči může zajistit stát formou ústavů a jiných léčebných zařízení nebo může stát poskytnout kompenzace ve formě finančních dotací. (Hanková, Vávrová, 2007)

Problém nastává u uspokojení psychických potřeb. Potřeba láskyplného vztahu a bezpečí zůstává často nenaplněna. Významnou roli zde také hraje pobyt postiženého mimo domov (to znamená, že pokud je postižený člověk v nemocnici, nedostává se mu dostatku mateřské lásky.) Dále je málo uspokojovaná potřeba sociálních kontaktů a kladného sociálního přijetí. Člověk s postižením mívá často problémy s navazováním vztahů, či kontaktů obecně. Potřeba činnosti a výkonů je také neuspokojována. Takovýto člověk nemá možnost vlastní seberealizace a nevidí smysluplnost své práce pro společnost. Dochází tedy často k podceňování, následně se zhoršuje stav jedince a jeho vyrovnání se s postižením. Velký problém představuje potřeba sexuální. (Hanková, Vávrová, 2007)

Je také důležité zmínit, že v rodinách, kde se vyskytuje dítě s postižením, bývají časté případy psychického a fyzického týrání. Dospělý, který má pocit selhání, si často vybíjí zlost na dítěti s postižením. Může dojít až k pohlavnímu zneužívání. (Hanková, Vávrová, 2007) „S tím související projevy takového dítěte pak bývají hůře rozlišitelné, než je tomu

u zdravých dětí, kde si můžeme všimnout zamlklosti, neadekvátního chování.“ (Buřvalová, Reitmayerová, s. 12, 2007)

Sebepojetí a aspirace

Souvisí s postavením jedince v rodině, v kolektivu a mezi vrstevníky. Dále pak s aspirací (úroveň vlastního výkonu, již jedinec očekává na základě výkonu předchozího). (Hanková, Vávrová, 2007) „Jedinec musí poznat a přijmout svá omezení tzn. přijmout sebe sama takového, jaký ve skutečnosti je, akceptovat své možnosti a schopnosti a v neposlední řadě vyvinout úsilí uskutečňování reálných cílů, který by v ideálním případě měly zahrnovat integrace do společnosti a s tím související kvalitní mezilidské vztahy včetně těch partnerských a sexuálních.“ (Hanková, Vávrová, s. 53, 2016)

6.3 Socializace a interpersonální vztahy

Socializace je proces, při kterém si jedinec od narození osvojuje kulturu společnosti. Patří sem tedy naučené chování, získávání znalostí, postojů a dovedností, čím jedinec nabývá kompetence v kultuře dané společnosti. (Hanková, Vávrová, 2016)

Podle Hankové a Vávrové (2016) rozlišujeme čtyři základní stupně socializačního procesu:

1. integrace – je plné začlenění splynutí jedince se společností. Postižení se stává rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech života.
2. adaptace – jedná se o schopnost osoby s handicapem přizpůsobit se sociálnímu prostředí, společenským podmínkám a celé komunitě.
3. utilita – upotřebitelnost osoby s postižením, tento jedinec již není samostatný a je závislý v mnoha oblastech na jiných lidech. V důsledku toho, může mít tento člověk potíže s úplnou socializací.
4. ifeorita – nejnižší stupeň socializace osob. Je charakteristický sociální nepoužitelností a vyčleněním ze společnosti. Jedinci jsou naprosto nesamostatní a potřebují pomoc při uspokojování základních potřeb.

6.3.1 Determinanty socializace

„Proces přeměny jedince v bytost sociální, včetně jeho interpersonálních vztahů, determinují i u osoby se zdravotním postižením primární rodina a vrstevníci jakožto nejvýznamnější agent socializace“ (Cakirpaloglu, in Hanková, Vávrová 2016, s. 55)

Nemalý význam má však také samotný jedinec sebe přijetí a aspirace a viditelné deformace. (Hanková, Vávrová, 2016)

Rodina

Má vliv na utváření postojů ke světu, blízkému okolí, ale i k sobě samému. Je velmi důležité, jaká rodina je, jak jedince přijala a jaká je pozice postiženého v rodině. (Hanková, Vávrová, 2016)

Sourozenci

„Důležitou roli v životě člověka s tělesně postižením z hlediska socializace hrají také sourozenci, kteří jsou stabilní součástí život každého jedince a sdílejí s ním značnou část zkušeností“ (Vágnerová, 2000, s. 56)

Sourozenecký vztah je jeden z nejdůležitějších vztahů, který následně determinuje jedinci vazby s vrstevníky. Sourozenci tak nutí jedince s postižením přizpůsobit se společenských požadavků. Nicméně příchod postiženého dítěte do rodiny, není stresem jen pro rodiče, ale také pro sourozence. Zdravý jedinec si musí vypracovat určité strategie, které mu pomáhají zvládat danou situaci. (Hanková, Vávrová, 2016)

Vrstevnická skupina

Dovršení socializace je také potřeba rozvíjet interakci na souřadné úrovni čili s vrstevníky. „Mladá dospělost, jak už víme, přináší nové výzvy a vnitřní a vnější očekávání, při jejichž naplnění mohou být vrstevníci důležitou oporou a inspirací.“ (Hanková, Vávrová, 2016, s. 51) Potřeba sounáležitosti a pomoc spokojenosti a kladného sebe přijetí se objevuje právě ve styku s vrstevnickou skupinou. (Hanková, Vávrová, 2016)

6.4 Partnerské vztahy a interní život mladých dospělých s tělesným postižením

Partnerské vztahy jsou pro mnohé postižené daleko obtížnější oblastí než vztahy vrstevnické, a to i proto, že existuje velká řada mýtů o jejich partnerském i intimním životě. Sexualita je u postižených velmi často tabuizovaná. (Hanková, Vávrová, 2016)

Mýty, které se říkají o osobách s tělesným postižením a jejich sexuálnímu žití podle Hankové a Vávrové (2016)

1. Lidé s tělesným postižením jsou asexuální – tento mýtus vznikl na základě toho, že se mnoho lidí domnívá, že lidé s postižením se od zdravých lidí odlišují. Nejsou schopni se o sebe postarat, tím jsou přirovnávání k dětem, čili jsou neschopní sexuálního života.
2. Lidé s tělesným postižením nejsou žádoucí – postižení či viditelná deformace jsou považování za přítěž a za nepřitažlivé. Lidé s tělesným postižením nemohou mít „opravdový“ sex.
3. Lidé s tělesným postižením se mají zabývat jinými věcmi, než je sex – populace se domnívá, že by postižení měli naplňovat jiné potřeby, které jsou pro ně důležitější, než je potřeba sexuální.
4. Lidé s tělesným postižením nemohou být sexuálně zneužiti – nejsou žádoucí, nejsou atraktivní, tudíž nemohou být objekty sexuálního zneužití. Což samozřejmě není pravda (týrání a sexuální zneužívání dětí)
5. Lidé s tělesným postižením nepotřebují sexuální výchovu – sexuální výchova je pro lidi s postižením velmi důležitá. Měla by je naučit, jak uspokojit sexuální potřeby, například vyjádření lásky, zabránění onemocnění HIV, těhotenství...

Manželství a rodičovství

Společnost vyjadřuje antipatie vůči rodičovství osob se zdravotním postižením. Je zpochybňována schopnost postarat se dítě. Toto tvrzení by se dalo zařadit jako jeden z dalších mýtů o osobách s tělesným postižením. „Ve většině případů jsou mladí dospělí s tělesným postižením schopni dávat najevo lásku a emoční podporu důležitou pro udržení spokojeného vztahu stejně jako jejich vrstevníci bez zjevného postižení.“ (Hanková a Vávrová, 2016, s. 86) Můžeme nalézt i případy, kdy postižení v manželství selžou to je

však zcela běžné i u lidí bez zdravotního postižení. Ba naopak manželství může přinést lidem s postižením pocit satisfakce ze života a pomoci překonat jejich handicap. Jiná situace však nastává v případě, že se zdravotní stav změní až v průběhu manželství. Nastávají zde tyto problémy: očekávání spoluzodpovědnosti partnera, za zdravotní stav osoby se získaným postižením, sebeobviňování, přecitlivělost partnera s handicapem a s ním spojená frustrace, netrpělivost, zklamání, promítání vlastních problémů na partnera. (Hanková, Vávrová, 2007)

6.5 Zaměstnání

Práce, respektive zaměstnání má pro tělesně postižené velký význam. Je předpokladem jejich úplné integrace do společnosti a přispívá k sebeurčení, uznání a kvalitě života. Podle některých autorů práce znamená zajištění existence, určitou míru nezávislosti, rozšíření duševního horizontu, strukturovaný všední den, účast na společenském životě, rozvoj a vývoj k větší odpovědnosti. Někteří ji dokonce považují za zdroj smyslu života. Zaměstnání pro postižené mnohdy představuje možnost získání vyššího statutu. Pracující lidé pocítují, že jsou pro společnost užiteční a cenní. (Procházková, 2009)

7 Kvadru, o. p. s

Jedná se o neziskovou organizaci, která u nás působí od roku 2010. V letech 2011-2012 měla společnost 6 zaměstnanců, nyní však zakladatel této neziskové organizace zůstává sám na veškerou práci. Tato organizace je zaměřena především na kvadruplegiky, nicméně se snaží pomoci všem lidem s omezenou mobilitou. Aktivní a perspektivní mladí lidé, kterým se stala nějaká nehoda (autonehoda, pád z vysoké výšky, skok do vody, ...), zde mohou najít potřebnou podporu a pomoc pro jejich seberealizaci a uplatnění v životě. (KVADRU o.p.s. Kvadru.cz [online])

Do nabízených služeb této neziskové organizace patří půjčování pomůcek – možnost seznámení s různými typy kompenzačních pomůcek, jejich vyzkoušení a zapůjčení, což uleví postiženému především po finanční stránce, a to hlavně proto, že tyto pomůcky jsou velmi drahé. Dále pak pomoc při odstraňování architektonických bariér a pomoc při úpravě bydlení. Navíc spolek nabízí informace o legislativě a sociálních dávkách včetně vyřizování všech potřebných formalit. Doporučuje možnosti vzdělávání, pomoc s výběrem studia a následného zaměstnání, snaha nalézt optimálního zaměstnavatele pro jejich klienty. Transportní služby pro vozíčkáře a servis pro turisty s hendikepem je tento spolek také schopen zařídit. (KVADRU o.p.s. Kvadru.cz [online])

Nabízené služby nejsou určeny však jen postiženým, ale také rodinným příslušníkům, laické i odborné veřejnosti a každému, kdo by se tímto tématem chtěl zabývat. (KVADRU o.p.s. Kvadru.cz [online])

V současné době moderních technologií jsou nabízené služby online, a to především na stránkách jako je Facebook, vlastních stránkách společnosti: www.kvadru.cz. Spolek má také skype a email, velmi dobře také funguje telefonická podpora klientů. Konzultace jsou poskytovány i formou osobního setkání, kdy klienti dochází do sídla organizace, nebo formou návštěv v nemocnicích a rehabilitačních ústavech. (KVADRU o.p.s. Kvadru.cz [online])

Na Facebookové stránce můžeme nalézt zajímavé informace týkající se například sportu pro hendikepované, nadcházející koncerty, veletrhy, fotky, životní příběhy postižených

a mnohé další důležité, ale i zajímavé informace nejen pro lidi s kvadruplegií. (KVADRU o.p.s. Facebook.com [online])

Zakladatelem této organizace je Martin Olišar, který je sám osobou s kvadruplegií a v současné době pomáhá lidem se stejným postižením. Nehoda, která zanechala trvalé následky, se stala v roce 2006, kdy se snažil sundat papírového draka ze stromu a pomoci tak malé dívce, praskla pod ním větev a zřítel se k zemi. I přes rychlou péči lékařů mu bylo diagnostikováno porušení míchy a nenávratná imobilita. Těžkou životní zkoušku Martin zvládl, a to i přes dlouhý čas strávený v nemocnici, náročné rehabilitace a psychický stres. Inspirován vlastní životní situací založil neziskovou organizaci, která se snaží pomáhat všem podobným případům, především po psychické stránce. Martin se tak stal inspirací a vzorem pro mnohé, kterým se stala podobná životní událost. (Před čtyřmi lety mu čtenáři poslali milion. Teď pomáhá on. Zpravy.idnes.cz [online])

Stejně tak jako každý rok, tak i v uplynulém roce společnost zorganizovala velké množství charitativních akcí. Charitativní akce v klubu Cross připravila módní show, taneční přehlídku a bazar pro lidi s handicapem. Kvadruplegici si mohli dokonce vyzkoušet bodypainting. (KVADRU o.p.s. Kvadru.cz [online]), (KVADRU o.p.s. Facebook.com [online])

Následovala výstava obrazů a fotografií členů spolku Kvadru. Dále byli vycvičeni a zaškoleni noví asistenti potřební pro klienty s handicapem. (KVADRU o.p.s. Facebook.com [online])

Praktická část

8 Charakteristika výzkumu, stanovené hypotézy a cíle

Výzkum praktické části se zaměřuje na porovnání rozdílů mezi vnímáním sebepojetí a překážek u osob s postižením vrozeným a získaným nejen z hlediska handicapu, ale i z hlediska pohlaví. K výzkumu byla použita metoda kvantitativního výzkumu a forma sběru dat pomocí elektronického dotazníku.

Cíle výzkumu

Cílem realizace výzkumu je zjistit, jak se s daným tělesným handicapem vyrovnává jedinec, který se s tímto postižením již narodil a jedinec, který toto postižení získal až už úrazem nebo nemocí, je-li rozdíl u žen a mužů. Výsledné zjištění se porovnálo s odpověďmi Martina Olišara, zakladatele neziskové organizace Kvadru, o.p.s.

Stanovení hypotéz

Hypotéza č. 1: „Domnívám se, že lidé se získaným handicapem se se socializací vyrovnávají hůře než lidé s vrozeným handicapem.“

Hypotéza č. 2: „Ženy jsou citlivější než muži, proto jejich vnímání okolí bude více subjektivnější.“

Výzkumné otázky

1. Najdeme nějaký rozdíl v sebepojetí osob s vrozeným a získaným handicapem?
2. S jakými problémy se potýkají obě skupiny handicapovaných lidí?
3. Je rozdíl mezi vnímáním této situace u žen a u mužů?
4. Liší se odpovědi Martina Olišara se závěry mého výzkumu?

9 Metody výzkumu

9.1 Použité metody a techniky sběru dat

V souladu se stanovenými cíli se provedl kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum je založen zejména na sbírání dat, která jsou poté analyzována různými statistickými technikami. Obvykle má sklon k získání relativně malého množství informací z velkého množství respondentů nebo pozorování. Tyto výsledky jsou často generalizovány na vyšší procento populace. (Weaver a Lawton, 2002)

Pro sběr byla zvolena technika dotazníkového šetření. Dotazování je pokládání otázek dotazovaným (respondentům). Z jejich odpovědí řešitel projektu získává žádoucí primární údaje. Podle kontaktu s dotazovaným se rozlišují jednotlivé techniky dotazování, a to osobní, telefonické, písemné a elektronické. Dotazování probíhá na základě dotazníku. Dále proběhl rozhovor přes Messenger s Martinem Olišarem, byl dotazován stejnými otázkami, které byly použity v dotazníkovém šetření, a navíc byl dotazován otázkami ohledně výsledků výzkumu.

(Metody techniky sběru dat: Základní metody. Management, marketing: Vše, co student potřebuje vědět [online])

Sběr dat byl proveden technikou online dotazování (CAWI – Computer Assisted Web Interviewing), což je dotazování s využitím internetu a webových stránek, v našem případě Formuláře Google. Dotazování probíhalo přes internet, respondent vyplňoval dotazník přímo na webových stránkách. Odpovědi respondentů byly automaticky odesílány na server, kde mohly být v průběhu sběru dat průběžně kontrolovány. Hlavními výhodami byla rychlost, nízká finanční náročnost, snadná korekce chyb a grafické zpracování všech otázek. Dále byla provedena diskuze přes aplikaci Messenger a rozhovor s Martinem Olišarem. Je to typ rozhovoru, ve kterém je respondentům k jednotlivým otázkám nabízeno vždy několik alternativ odpovědí, ale navíc se od nich požaduje vysvětlení nebo zdůvodnění. Úspěšnost rozhovoru je z velké části závislá na schopnosti výzkumníka navázat přátelský vztah k respondentovi a na vytvoření otevřené atmosféry. Velkou výhodou je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí do postojů respondenta. (Metoda sběru dat. Mediaguru.cz [online])

Pro naši potřebu byl vytvořen anonymní dotazník o 43 otevřených a uzavřených otázkách, které se týkaly základních informací, sebepojetí, rodiny, práce, dopravy, sportu, volného času apod. Obsah otázek byl konzultován s Martinem Olišarem a vedoucí bakalářské práce doc. PaedDr. Vandou Hájkovou, Ph.D. Respondenti byli k vyplnění dotazníku osloveni na facebookových stránkách organizace Kvadru, o. p. s. Do diskuze Messengeru s Martinem Olišarem, se zvolily stejné otázky jako v elektronickém dotazníku pro ostatní dotazované, některé odpovědi mohl více dovysvětlit a rozvinout, dále díky osobní asistenci mi Martin mohl sdělit mnoho zajímavých informací.

9.2 Charakteristika výzkumného souboru

Limitem výzkumného souboru byly pouze osoby, které používají internetové stránky Facebook a sledují organizaci Kvadru, o. p. s. Všichni respondenti byli seznámeni s účelem využití dotazníku.

Dotazník vyplnilo celkem 39 osob, z toho 19 mužů a 20 žen z České republiky i Slovenska. Výzkumný soubor se skládal z různorodé cílové skupiny, ve které byly osoby s omezením samostatné mobility s vrozeným i získaným handicapem. Se získaným handicapem to bylo 28 osob, vrozeným 10 osob a 1 osoba měla handicap vrozený i získaný.

Věková skupina respondentů je od 21 do 70 let. Nejpočetnější skupina, 16 osob, je ve věkovém rozmezí 41–50 let. Další vysoké zastoupení, 11 osob, mají osoby ve věku 21–30 let, 5 osob s necelými 13 % jsou dvě věkové skupiny 31–40 a 51–60 let. Pouze 5,1 %, což jsou 2 osoby, odpovídají skupině ve věku 61–70 let. Některé věkové kategorie nejsou v dotazníku zastoupeny (0–20, 71 a více).

Na otázku bydliště odpovědělo 14 respondentů, že jsou z Moravy (severní i jižní). Z Prahy je 7 osob, v Jihočeském a Středočeském kraji uvedly bydliště 4 osoby, v Plzeňském kraji 3 osoby, Ústecký a Pardubický kraj 2 osoby, ostatní kraje a Prešov po jedné osobě.

10 Výsledky výzkumu

10.1 Druh handicapu u respondentů

Do výzkumu se zapojilo 16 mužů a 12 žen s handicapem získaným, 3 muži a 7 žen s handicapem vrozeným a 1 žena s vrozeným i získaným handicapem.

Mezi dotazovanými se nejčastěji vyskytuje tělesné postižení kvadruplegie (12 osob – 30,8%), dále paraplegie (7 osob – 17,9 %) a ostatní postižení, jako například kvadraparéza, dětská mozková obrna, Downův syndrom, amputace, vrozená vývojová vada, se vyskytují u jedné až dvou osob. Nejčastější věková hranice získaného handicapu je 15 až 29 let, a to u 10 osob, 6 osob získalo handicap mezi 30 až 40 lety, 3 osoby v rozmezí 40 až 60 let. U dvou odpovědí se věk, kdy postižení vzniklo, nedal rozpoznat, tři osoby mají handicap vrozený. Na tuto otázku odpovědělo pouze 24 respondentů. Nejčastější příčiny, které způsobily zdravotní postižení, jsou autonehody, sportovní úrazy, skoky do vody, úraz a pád z výšky, ale také neléčené onemocnění (diabetes). Z 28 osob získaného handicapu odpovědělo na tuto otázku 23 osob.

10.2 Začlenění do pracovního procesu

Do pracovního procesu je zapojeno celkem 19 osob, z tohoto počtu je 10 žen a 9 mužů. Pokud srovnáváme tuto otázku z pozice handicapu získaného a vrozeného, vyplývá, že větší procentuální zastoupení mají osoby s vrozeným handicapem (60 %), u získaného handicapu je to pouze 43 % dotázaných. U vrozeného handicapu to je celkem 6 osob, z toho 3 ženy a 3 muži, u získaného handicapu pracuje 6 žen a 6 mužů. Jedna žena, která má oba handicap, pracuje. Podíváme-li se na tuto otázku komplexně z pozice žen a mužů, vycházejí nám tyto výsledky, které jsou zpracovány v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Zapojení do pracovního procesu

| ZAPOJENÍ DO PRACOVNÍHO PROCESU | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------------------|
| Pohlaví | Získaný handicap | | Vrozený handicap | | Vrozený i získaný handicap |
| Ženy | ANO | NE | ANO | NE | ANO |

| | | | | | |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| | 6 | 6 | 3 | 4 | 1 |
| Muži | ANO | NE | ANO | NE | |
| | 6 | 10 | 3 | 0 | |
| Celkem | 12 | 16 | 6 | 4 | 1 |
| % vyjádření | 43 % | 57 % | 60 % | 40 % | 100 % |

Z největší věkové kategorie 15 – 29 let získaného handicapu pracuje 5 osob a 5 osob nepracuje. Z těchto 5 pracujících lidí jsou 4 muži a 1 žena, 3 muži a 2 ženy nepracují.

Místo pracovního výkonu kancelář označilo 9 osob, 7 osob pracuje z domova, ostatní určují jiná pracovní místa, dílna apod. Pracovní doba se nejvíce pohybuje v rozmezí 5–6 dnů v týdnu (32 %), dále 2–4 dny v týdnu (20%), každý den (16 %) a nepravidelně (16 %). Respondenti, kteří pracují z kanceláře, většinou uvádějí, že do práce dojíždějí. U některých odpovědí nebylo možno propojit kombinaci práce a dojíždění.

Invalidní důchod pobírá 35 osob, což je 89,7 %, 3 osoby důchod nepobírají nebo jim byl odebrán a 1 osoba pobírá důchod starobní.

10.3 Zapojení do společenského života a soukromí

Zapojení do společenského života úzce souvisí s Maslowovou teorií potřeb, podle které má člověk pět základních potřeb, tvořící pomyslnou „pyramidu“, jsou to: 1. fyziologické potřeby; 2. potřeba bezpečí, jistoty; 3. potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti; 4. potřeba uznání, úcty a 5. potřeba seberealizace. Podrobněji se řešením těchto potřeb zabývá i Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V této bakalářské práci se hlavně zaměříme na poslední čtyři potřeby Maslowovy pyramidy, které úzce souvisí s plnohodnotným životem osob s tělesným handicapem. (Vágnerová, 2000), (Maslowova pyramida. Cs.wikipedia.org [online])

10.3.1 Zapojení do organizací, asociací a spolků

Typickou lidskou potřebu úcty, uznání, oceňování a respektování ostatními lidmi mají ještě více osoby, které mají určitý handicap, proto otázky týkající se zapojení

do společenského života pomocí různých organizací, jsou pro tyto lidi, velice důležité. Zajímavým zjištěním bylo, že u otázky: „Pokud jste členem nějaké organizace, byl/a jste jejím členem již před úrazem?“, odpovědělo pouze 6 osob, že byli členy již před úrazem nebo nemocí a 17 osob se stalo členy organizace nebo klubu až po úraze, 12 respondentů se přitom zapojuje aktivně. Z toho vyplývá velká potřeba zapojení se těchto osob do společenského života. Většinou se jedná o organizace, které se zaměřují na osoby s podobným handicapem, jako jsou například Kvadru, o. p. s., CZEPA, z. s., Asociace muskulárních dystrofií, Cesta za snem, z. s., Auxilium, o. p. s., Naděje, Unie Roska, Spolek Trend vozíčkářů Olomouc, Czepa. Deset osob uvedlo, že jsou členy sportovních organizací, například SK Ostrava, Kynologický klub Horní Počernice, SKV Praha. Je zajímavé, že do těchto organizací se zapojuje z respondentů stejný počet mužů i žen, konkrétně je to 7 mužů i 7 žen s handicapem získaným a 2 muži a 2 ženy s handicapem vrozeným. (Vágnerová, 2000)

10.3.2 Sport, úspěchy

Ve společnosti se často tvrdí, že lidé, kteří mají nějaké tělesné postižení, cvičí a sportují pouze při rekonvalescenci a návštěvách rehabilitačních ústavů. Otázky týkající se sportu byly v dotazníku následovné: „Jak často cvičíte? Jste v nějaké sportovní organizaci? Sportujete? Dosáhl/a jste ve sportu nějakého úspěchu? Pokud ano, jakého?“

Cvičením si postižení lidé udržují vnitřní kondici a je to spíše individuální aktivita. Pouze 7 osob z 39 respondentů odpovědělo, že necvičí vůbec, 12 osob cvičí buď každý den, nebo 5 – 6 dní v týdnu, 20 osob cvičí nepravidelně nebo 1 – 4 dny v týdnu. Za sportování se považuje obvykle pohybová aktivita, která má určitá pravidla a jejíž výsledky jsou měřitelné nebo porovnatelné s jinými sportovci. Z dotazníkového šetření vychází, že ze všech 39 respondentů 20 osob sportuje, přičemž 7 lidí dosáhlo ve sportu nějakého významného úspěchu. Mezi úspěchy byly: Vítěz Havířovského boccia turnaje 2011, Mistr České republiky, mezinárodní rozhodčí, Titul mistra ČR ve florbale, 1. člověk, který objel ČR na těžko a sólo bez podpory (handbike), jako první vozíčkář složila IPO1. Jsou tam ale i osobní sportovní výkony jako například, naučila jsem se znovu na kole nebo výhry šachy, piškvorky, karty. Je obdivuhodné, že z tohoto úspěšného vzorku jsou 4 ženy,

dvě s vrozeným a dvě se získaným handicapem a 3 muži, jeden s vrozeným a dva se získaným handicapem. Zde je dobře vidět, jak je potřeba uznání a úcty pro tyto lidi důležitá.

10.3.3 Partnerské vztahy

Otázky týkající se partnerství a rodičovství můžeme brát v tomto výzkumu pouze jako orientační informace, protože dotazníkové šetření nám neumožňuje zjistit úplnou podstatu, co je příčinou rozpadu vztahu, popřípadě nenalezení partnera, zda to bylo získaným úrazem nebo byl jiný důvod. K tomuto by bylo vhodné doplnit dotazník i metodou rozhovoru s konkrétními respondenty. Bohužel, protože byl dotazník anonymní, nebylo možno tyto rozhovory provést. Pouze se porovnájí získané výsledky s rozhovorem s Martinem Olišarem.

Tato problematika souvisí s druhou potřebou Maslowovy pyramidy, což je potřeba bezpečí a jistoty. V dotazníku byly dány čtyři otázky týkající se rodinného života: „Máte partnera/partnerku? Pokud nemáte, měl(a) jste? Máte děti? Podporují Vás rodinní příslušníci?“ Na první otázku kladně odpovědělo 5 mužů s vrozeným a 2 se získaným handicapem a 7 žen se získaným a 4 s vrozeným handicapem. Dalším zjištěním bylo, že z 11 mužů se získaným handicapem, kteří odpověděli, že nemají partnerku, 8 odpovědělo, že partnerku měli před úrazem. Podobné výsledky byly i u žen, z 5, které odpověděly na tuto otázku záporně, 4 odpověděly, že partnera před úrazem měly. Jedna žena odpověděla „Rozvádím se, zatím stačí kamarád s výhodami“ a jeden muž, že „strašně toužím mít partnerku.“ Právě u takových odpovědí by bylo vhodné doplnění dotazníku rozhovorem.

Na třetí otázku, týkající se dětí, kladně odpovědělo 7 žen a 5 mužů se získaným handicapem a 2 ženy a 1 muž s vrozeným handicapem. Ani u těchto odpovědí nemůžeme říci, zda respondenti se získaným handicapem měli děti před úrazem nebo až po něm.

Na poslední otázku, týkající se podpory rodinných příslušníků, odpověděli záporně pouze 3 muži se získaným handicapem. Navíc dva z nich neměli partnera. I u této odpovědi by bylo přínosné zjistit osobním setkáním, jak dotyčný respondent tuto odpověď myslel. Zvažuje se otázka, zda jejich rodinné vztahy neovlivní i ty partnerské.

10.3.4 Sociální interakce, sebepojetí

„Podle Meada (1934) vzniká "já" v sociálních interakcích a vnímáním reakcí lidí na naše chování.

C. R. Rogers (1961) vysvětluje sebepojetí jako výsledek zvnitřnění podmínek hodnoty, které se vytvářejí v sociálních interakcích. Lidé podle něj mají dvě základní potřeby:

- potřebu dostávat pozitivní zpětnou vazbu od ostatních lidí
- potřebu sebeaktualizace, rozvíjení svého potenciálu a schopností“ (Hayesová, 2000, s. 20 – 22)

Série otázek týkajících se sociální interakce a sebepojetí je nejvyšší potřebou pyramid a přibližuje chování a přístup veřejnosti k osobám s tělesným postižením. Zajímavé jsou také odpovědi respondentů na reakce ostatních lidí. Znění otázek týkajících se této problematiky: „Všímáte si, na veřejnosti reakcí lidí na Váš hendikep? Pokud ano, na co se zaměřují? Mají tendenci vás... Jak prožíváte tyto reakce? Chtěl/a byste něco změnit? Cítíte se být v nějaké oblasti vyčleněn/a? Jaké jsou vaše největší bariéry v každodenním životě? Při překonávání bariér Vám pomáhá.... Jak aktuálně nahlížíte na svůj život? Máte tendenci plánovat? Jezdíte na dovolenou?“

Na první otázku, týkající se všímání respondentů na chování okolí k jejich postižení odpovědělo 25 osob, že si reakcí všímá, 14 osob, uvedlo negativní odpověď. Kladnou odpověď daly převážně ženy, konkrétně 10 se získaným a 7 s vrozeným handicapem a pouze 8 mužů, z toho 7 se získaným a 1 s vrozeným handicapem. Z tohoto zjištění bychom mohli vyvodit závěr, že ženy jsou více senzitivnější než muži a jsou k okolí vnímavější.

Je pozoruhodné, čeho si okolí na osobách s postižením všímá. Z odpovědi, které se týkají samotného druhu postižení a kompenzačních pomůcek, které s daným postižením souvisí, uvedli například „Na vozík“, dále „Moje berle a jak chodím“, „Jak kdo – většina jen kouká.“, „na můj způsob chůze“, „na mou výšku a vitalitu“, „Na moji aktivitu, na můj vozík.“, „Anomálii“, „Na neurostimulator“. Další odpovědi se týkaly pomoci: „Občas projevy lítosti, velmi často nabídka pomoci“, „Jak mi pomoci“, „Pomáhat.“ Nejvíce mne ale zaujaly dvě odpovědi. První z nich byla „Reaguji dost negativně“, druhá „Na moje mateřství

zejména.“ První odpověď působí velmi negativně a naznačuje vyloučení ze společnosti. U druhé odpovědi se neví, zda je tato reakce pozitivní či negativní.

Pouze 2 ženám s vrozenou a 1 ženě se získaným handicapem vadí reakce lidí na jejich osobu. Jeden muž a jedna žena odpověděli „jak kdy“, dokonce se objevila i odpověď, která zněla takto: „Vám nevadí, když se někdo chová hnusně?“. Ostatní respondenti se vyjádřili, že jim reakce nevadí nebo jim je to jedno, jak na ně okolí reaguje.

Zpracování otázek: *Chtěl/a byste něco změnit? Cítíte se být v nějaké oblasti vyčleněn/a?*

Obě otázky spolu úzce souvisí, protože se zabývají otázkou sociálního začleňování a sebeaktualizací. Dle Maslowova je sebeaktualizace potřeba naplnění svého potenciálu dostát svým schopnostem a stát se tím, kým můžeme nebo máme být. Zajímavé je zjištění, že 20 osob se necítí být vyčleněno z žádné oblasti, přičemž překvapivé je, že 7 z nich jsou ženy a 2 muži s vrozeným a 8 mužů a 3 ženy se získaným handicapem. Zajímavé je to hlavně proto, že 9 z 10 respondentů s vrozeným handicapem odpověděli na tuto otázku kladně. Z toho lze vyvodit závěr, že tito lidé neberou svůj handicap jako problém, ale jako příležitost začlenit se do normálního společenského života. Dotázaní respondenti by dále chtěli změnu zaměstnání, bydliště, koníčků, vzdělání a přátel a cítí se být vyčleněni z dopravy, koníčků, práce a kulturních zařízení. Největší propojení obou otázek, týkající se změny a vyčlenění, je zaměstnání a práce. Zde 12 osob, 5 mužů a 3 ženy se získaným a 1 muž a 3 ženy s vrozeným handicapem a 8 osob, 3 muži a 5 žen se získaným a 1 muž a 1 žena s vrozeným handicapem, by změnilo práci. Zde lze vyvodit závěr, že lidé se získaným handicapem mají větší problémy v začleňování do pracovního procesu než osoby s vrozeným handicapem. Tyto odpovědi jsou ale velmi relevantní a potřebovaly by opět doplnit, protože zde nemůžeme zjistit důvod, zda tento problém je dán pracovním zařazením, místem nebo potřebou handicapu na pracovišti. (Maslowova pyramida. Cs.wikipedia.org [online])

Poslední okruh otázek, „Jaké jsou vaše největší bariéry v každodenním životě?, Při překonávání bariér Vám pomáhá..., Jak aktuálně nahlížíte na svůj život?, Máte tendenci plánovat?, Jezdíte na dovolenou?“, se týká potřeby bezpečí a jistoty. Dle zpracovaného výzkumu opět vychází, že větší překonávání každodenních bariér vidí lidé s postižením získaným než vrozeným. Nejčastěji uvádí architektonické a dopravní bariéry hlavně v obchodech a při přepravě z vesnic nebo vzdálenějších částí města. Dalšími důležitými

faktory je momentální zdravotní stav a nedostatek asistentů hlavně u osob žijících na vesnicích. Problém je hlavně v nezájmu asistentů do vesnic dojíždět. Je až zarážející, že se ještě v dnešní vyspělé době se objevila odpověď *neochota lidí v institucích, v hotelech*. (Maslowova pyramida. Cs.wikipedia.org [online])

V překonávání zmíněných bariér nejvíce dotazovaným respondentům pomáhá rodina, přátelé a náhodní kolemjdoucí. Náhodné kolemjdoucí uvedlo 15 osob. Přítomností žije 30 osob, z toho 21 se získaným, a to 10 mužů a 11 žen, a 9 s vrozeným handicapem, 3 muži a 6 žen. Budoucnost uvedlo 6 osob, 4 se získaným, 3 muži a 1 žena, a 2 ženy s handicapem vrozeným. Pouze 1 člověk žije minulostí. Přičemž 28, z toho 12 mužů a 9 žen s handicapem získaným a 2 muži a 5 žen s handicapem vrozeným. Rozložení záporných odpovědí je totiž přibližně poměrově stejné.

Odpovědi týkající dovolené mě celkem překvapily, 24 osob odpovědělo, že na dovolené jezdí, 15 ne nebo jen omezeně. U některých záporných odpovědí byly uvedeny zajímavé dodatky, jako např. *byl zrušen příspěvek na pobyty, nejsou finance, Vadí mi postoj 90 procent lidí chování k postiženým lidem. Přeci jsme „LIDI,,* z kterých lze vyvodit doporučení pro státní instituce a organizace zaměřující se na cílovou skupinu osob s tělesným postižením.

10.4 Rozhovor s Martinem Olišarem, zakladatelem Kvadru, o.p.s.

Rozhovor vedený přes Messenger s Martinem Olišarem jsem provedla proto, že jsem mu dělala osobní asistentku a trávila jsem s ním mnoho času. Při asistenci jsem získala zajímavé informace týkající se problematiky těchto lidí. Dnes už ho neberu jako klienta, ale kamaráda, se kterým si mohu povídat o čemkoliv. Mnohokrát se mi svěřoval se svými zdravotními i osobními problémy, které jsme se společně snažili řešit. Rozhovor s ním byl proto pro něho v bezpečném prostředí.

Martin pochází z Prahy, svým věkem zapadá do věkové kategorie 41-50 let. V roce 2006, ve svých 30 letech, po pádu ze stromu ochrnl, byla mu diagnostikována kvadruplegie. Martin momentálně nepracuje a pobírá invalidní důchod. Co se týče rehabilitace a rehabilitačních center, pobýval dvakrát v Kladruzech po dobu 13 měsíců a dvakrát v Parapli po dobu 1 měsíce. K pohybu používá mechanický a elektrický vozík. Je

zakladatelem i členem komunitní organizace Kvadru, o.p.s., ve které se aktivně zapojuje. Nyní pracuje pouze příležitostně z domova na počítači, protože jinak mu to jeho zdravotní stav neumožňuje. Není členem žádné sportovní organizace a ani nesportuje.

Martin nahlíží na svůj život podle jeho slov normálně, akorát je pro něj komplikované vše zajistit. Pokud může, tak plánuje. V současné době nemá partnerku, ale před i po úrazu měl. Hlavním důvodem, proč ji nemá, je jeho zdravotní stav, který ho limituje, a nechce být přítěží pro partnerku. Ale také je možné, že nenašel tu pravou, která by ho brala takový, jaký je.

Občas si všímá reakcí okolí, ale není si jistý, zda jsou to reakce lítosti či jiné, protože je neřeší. Velkou podporou jsou pro něj rodina, přátelé a osobní asistenti. Kdyby mohl, nejraději by vrátil svou mobilitu. Kvůli handicapu se cítí vyčleněn v oblasti práce, dopravy, koníčků, ale také kulturního zařízení. Jeho každodenní bariérou je zajistit asistenci a celkovou péči na celých 24 hodin. Při překonávání těchto bariér mu pomáhají asistenti, kteří jsou z větší části jeho přátelé.

Následující otázky nevycházejí z dotazníkového šetření a byly položeny přes Messenger. Byly vybrány z důvodu získání dalších informací, které chyběly ve výzkumu. Odpovědi jsou upraveny pro lepší přehlednost, protože Martinův handicap ho omezuje v psaní na počítači. Používal spíše hesla a krátké jednoduché věty.

Jak bys Ty, jako člověk s omezením samostatné mobility změnil věci tak, abys zapadl do společnosti, ať už co se týče architektonických bariér a jiných? *Měla by být větší osvěta o potřebách nejvíce ochrnutých. Na elektrickém vozíku může být i malý schůdek zábranou, přitom se uvádí, že místo je bezbariérové. Společnost by se měla touto tematikou více zabývat.*

Co Ti nejvíce pomáhalo při zvládání situace, když se Ti stal tvůj handicap? *Hlavně to byla práce, rodina a přátelé.*

Co Tě zнова nastartovalo? *Studium vysoké školy a práce.*

Jakou vysokou školu jsi studoval? *Fakultu humanitních studií UK, bakalářské studium.*

S jakými problémy se na Tebe, zakladatele organizace Kvadru, o.p.s., lidé obracejí? *Je to většinou potřeba rady těsně po úraze. Půjčovna pomůcek, které si lidé s postižením mohou vyzkoušet a pokud se jim osvědčí, i následně koupit. Pomoc při zajištění odstranění bariér v bytě nebo domě.*

Co bys ještě chtěl zmínit? *Vadí mi absolutní neřešení hrubých nedostatků ve financích, týkající se asistence, rehabilitací a ošetřování pro lidi s III. stupněm postižení.*

Z výsledků výzkumu byl Martin dále dotázán na doplňující otázky, a to z důvodů zjištění informací, které se od anonymních respondentů nemohly zjistit. Odpovědi jsou opět upraveny pro lepší přehlednost.

Chtěla bych se Tě ještě zeptat, zda bys uměl odpovědět na otázku, proč lidi s handicapem mají problém si najít partnera nebo se rozvádějí? *Rozvody a nezámky jsou způsobeny náročností života s osobou s handicapem. Lidé se snaží hledat snazší cesty a mít ideální život. Handicap zhoršuje pohyb, a tudíž i možnosti seznamování. Tím vzniká menší šance na seznámení, protože osoba na vozíku může odradit.*

Další otázky se týká oblasti zaměstnání, proč lidi s handicapem mají problém najít si práci? Je to tím, že ji hledat nechtějí, nebo je naopak zaměstnavatelé nechtějí zaměstnat? *Osoba s kvadruplegií či jiným tělesným postižením má problém dojíždět denně do kanceláře. Práce z domova je omezená a triviální, protože není skoro žádná nabídka. Firmy tohle moc nepodporují, protože je to pro ně složité. Já osobně doporučuji podnikání, člověk si vše nastaví podle sebe, je motivovaný a může si něco vydělat.*

10.5 Shrnutí

V této části jsou shrnuty poznatky o uspokojování potřeb osob s handicapem. Dále se zaměřuje na porovnání rozdílů mezi vnímáním sebepojetí a překážek u osob s postižením vrozeným a získaným nejen z hlediska handicapu, ale i z hlediska pohlaví.

Z hlediska práce z výsledků výzkumu vyplývá, že do pracovního procesu se zapojilo celkem 19 osob, z toho 6 osob s vrozeným, 12 osob se získaným handicapem a 1 osoba s vrozeným i získaným handicapem. Z tohoto počtu je 10 žen, 3 ženy s vrozeným, 6 se získaným a 1 žena s vrozeným i získaným handicapem. Bohužel z dotazníku nevyplývá,

zda osoby, které nejsou zapojeny v pracovním procesu, nepracují z důvodu nemohoucnosti nebo nezájmu. Z rozhovoru s Martinem lze soudit, že je složitější pro osoby s tělesným postižením dojíždět denně do kanceláře a práce z domova je omezená, navíc pro firmy je snadnější darovat peníze na charitu, které si odepíší z daní a nemají s tím starost. Navíc nemusí upravovat přístup a kanceláře a tvářit se trpělivě s pomalými, zaměstnanci firmy se snaží pracovat efektivně. Z výsledků dotazníku vyplývá, že pracuje větší procento osob s vrozeným než získaným handicapem, 60 % ku 43 %. Při nepoměru respondentů vrozený x získaný, můžeme brát tento výsledek pouze jako orientační. Jediným faktickým výsledkem je přibližně stejný poměr mužů a žen zapojených do pracovního procesu 9 ku 10. Na poslední otázku, týkající se pracovní doby, odpovědělo z 25 respondentů 48 %, že každý den nebo 5 – 6 dní v týdnu, celkem tak odpovědělo 12 osob. Martin Olišar na tyto otázky odpověděl, že dnes sice nepracuje, ale kdysi pracoval a dnes pracuje pouze příležitostně, pokud mu to dovolí jeho zdravotní stav, a to pouze pomocí počítače z domova.

Potřeba přijetí, sounáležitosti uznání a úcty. V dotazníku jsou tyto potřeby zahrnuty v sérii otázek týkajících se zapojení do organizací, klubů, sportu a sportovních úspěchů. Osoby s postižením mají pocit, že pouze v této společnosti se dokáží plně otevřít a prozradit nápadně upřímné věci. Cítí se zde zkrátka mnohem více uvolnění, neboť jsou tu přijímáni jako zcela normální osoby. Závěry z těchto kapitol a mohou být považovány za důkazy vedoucí k vyvracení hypotézy č. 1, tzn., že lidé se získaným handicapem se se začleňováním do společnosti vyrovnávají hůře než lidé s vrozeným handicapem. V těchto organizacích je stejné zapojení mužů i žen s handicapem získaným, konkrétně je to 7 mužů i 7 žen, a s handicapem vrozeným 2 muži a 2 ženy. 17 osob se začlenilo do daných organizací a spolků až po úraze, pouze 6 osob už byli členy spolků před úrazem. Jenom 7 osob odpovědělo, že necvičí ani nesportuje vůbec, 20 osob sportuje pravidelně a dokonce 7 z nich dosáhlo úspěchů, dokonce někteří z nich v celorepublikové úrovni. Je pozoruhodné, že z těchto úspěšných byly 4 ženy a 3 muži, z tohoto počtu byly 4 osoby s vrozeným a 3 se získaným handicapem. Martin uvedl, že on sám nesportuje a není členem žádné sportovní organizace. Zjištění v oblasti koníčků a sportu je velmi významné, neboť výrazně ovlivňuje to, jak se lidé s tělesným postižením vyrovnávají se svým handicapem, což má potom veliký dopad na kvalitu jejich života.

Další zkoumanou oblastí byl rodinný život, integrace a socializace osob s postižením do společenského života. Z výzkumného šetření týkajícího se rodiny, vyplývá, že partnera/ku má 18 respondentů, z 11 mužů, kteří odpověděli záporně, mělo partnerku před úrazem 8. Z 5 žen bez partnera, měly 4 partnera před úrazem, jedna žena se rozvádí. Děti má 7 žen a 5 mužů se získaným a 2 ženy a 1 muž s vrozeným handicapem. V rozhovoru s Martinem se řešila otázka vztahů a rozvodů. Dle jeho názoru jsou vztahy velmi komplikované kvůli náročnosti života s osobou s postižením a se složitějším seznamováním.

Stálý problém pro lidi na vozíčku představují architektonické bariéry, a to i přesto, že se v poslední době stále více realizují nejrůznější projekty na jejich odstraňování. Do života lidí, kteří v důsledku nemocí a úrazů skončí na invalidním vozíku, zasáhnou vždy nějakým způsobem a pochopitelně tak změni jejich život. S bariérami potom úzce souvisí závislost na pomoci druhých. Jako nejčastěji respondenti uváděli architektonické a dopravní bariéry hlavně v obchodech a při přepravě z vesnic nebo vzdálenějších částí města. Podle Martina Olišara by se společnost měla zabývat větší osvětou o potřebách nejvíce ochrnutých osob.

Dotazníkové šetření bylo nejvíce zaměřeno na sociální interakce a sebepojetí, které patří mezi nejdůležitější potřeby a přibližují nám chování a přístup veřejnosti k osobám s tělesným postižením. Tato problematika úzce souvisí i s naší hypotézou číslo 2. Závěry našeho výzkumu ukazují, že si lidé s postižením reakcí veřejnosti na jejich postižení opravdu všímají. Celkem 25 osob odpovědělo kladně, z toho 17 bylo žen a 8 mužů. Tyto výsledky potvrzují hypotézu č. 2: „Ženy jsou citlivější než muži, proto jejich vnímání okolí bude více subjektivnější.“

Konkrétní odpovědi respondentů pouze částečně potvrzují teoretické tvrzení, že přes veškerou humanizující tendenci zůstává vztah společnosti k lidem s postižením ambivalentní až negativní. Toto tvrzení dokazují odpovědi na otázku, zda si jich lidé všímají a jaké jsou jejich reakce: „Reagují dost negativně; vám nevadí, když se někdo chová hnusně; ignorují mě, nemístně komentují.“, takto se objevilo celkem 15 názorů. U těchto odpovědí převládaly pozitivní ohlasy, podpora rodiny a přátel byla uvedena celkem 51 krát, překvapivé bylo zjištění, že na třetím místě byly uvedeny kolemjdoucí osoby se 14 hlasy a potom teprve asistenti s 9 hlasy. Také pro Martina je nejdůležitější rodina a nejbližší okolí.

11 Odpovědi na výzkumné otázky

1. Najdeme nějaký rozdíl v sebepojetí osob s vrozeným a získaným handicapem?
Výzkum nám nepotvrdil ani nevyvrátil rozdíly mezi oběma handicapy. Ve většině případů mají oba handicapy stejné problémy i radosti.
2. S jakými problémy se potýkají obě skupiny handicapovaných lidí?
Obě skupiny se potýkají s architektonickými a dopravními bariérami a nezájmem institucí řešit finanční pomoc nejvíce postiženým osobám a jejich rodinám.
3. Je rozdíl mezi vnímáním této situace u žen a u mužů?
Jediný rozdíl je v citovém vnímání reakcí lidí na handicap osob s postižením. U ostatních oblastí jsou výsledky srovnatelné.
4. Liší se odpovědi Martina Olišara se závěry mého výzkumu?
Odpovědi pouze kopírují, popřípadě doplňují odpovědi ostatních respondentů.

12 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala porovnáním rozdílů mezi vnímáním sebepojetí a překážek u osob s postižením vrozeným a získaným nejen z hlediska handicapu, ale i z hlediska pohlaví. Snažila jsem se přiblížit běžný život, starosti, problémy a radosti osob s tělesným postižením. K výzkumu byla použita metoda kvantitativního výzkumu formou sběru pomocí elektronického dotazníku.

V teoretické části se práce zabývala vymezením pojmů týkajících se zdravotního postižení, motivace, postojem společnosti k lidem s tělesným postižením, socializace a interpersonálních a partnerských vztahů. Dále byla přestavena organizace Kvadru o. p. s.

Cílem praktické části bylo zjistit, jak se s daným tělesným handicapem vyrovnává jedinec, který se s tímto postižením již narodil a jedinec, který toto postižení získal ať už úrazem nebo nemocí, je-li rozdíl u žen a mužů. Výsledné zjištění porovnat s odpověďmi polostrukturovaného rozhovoru s Martinem Olišarem, zakladatelem neziskové organizace Kvadru, o.p.s.

Výzkumná metoda elektronického dotazníku vyhovovala z důvodu vysokého počtu respondentů. Byl proveden rozhovor s Martinem, který byl dotazován otázkami z dotazníkového šetření a mohl některé odpovědi více rozvést.

I když se situace, týkající se chování a chápání zdravé společnosti vůči osobám s tělesným postižením zlepšila, práce přesto dokázala, že dnes ještě stále přetrvávají předsudky, že lidé s nějakým zdravotním handicapem jsou méněcenní a zdraví jedinci berou tyto lidi jako nemocné a neschopné se začlenit do běžného života.

Dalším problémem, který výzkum ukázal, a který by měly řešit státní instituce, jsou finance a větší osvěta o potřebách nejvíce ochrnutých osob. Respondenti si stěžovali na zrušení některých příspěvků pro osoby s postižením hlavně III. stupně a hrubé nedostatky ve financování asistentů, rehabilitací, ošetřování, kompenzačních pomůcek a pomoc rodinám, ve kterých jsou osoby s postižením.

13 Seznam použitých informačních zdrojů

Metody techniky sběru dat: Základní metody. Management, marketing: Vše co student potřebuje vědět [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <http://managment-marketing.studentske.eu/2010/09/8-metody-techniky-sberu-dat.html>

Diagnóza. Kvadru.cz [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <http://www.kvadru.cz/index.php/diagnoza>

Stupně invalidity: Invalidita. Duchody-duchodci.cz: ... kdy a za kolik do důchodu [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <http://www.duchody-duchodci.cz/invalidita-stupne-invalidity.php>

Maslowova pyramida. Cs.wikipedia.org [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida

CAWI – Computer Assisted Web Interviewing: Metoda sběru dat. Mediaguru.cz [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://www.mediaguru.cz/slovník-a-mediatypy/slovník/klicova-slova/cawi-computer-assisted-web-interviewing/>

KVADRU o.p.s. Kvadru.cz [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <http://kvadru.cz/>

KVADRU o.p.s. Facebook.com [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://www.facebook.com/Kvadru.cz/>

Před čtyřmi lety mu čtenáři poslali milion. Teď pomáhá on. Zpravy.idnes.cz [online]. [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: https://zpravy.idnes.cz/pribeh-ochrnuteho-martina-olisara-kteremu-pomohla-sbirka-ctenaru-mf-dnes-a-idnes-cz-ge5-/domaci.aspx?c=A121213_133758_domaci_jpl

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

HANKOVÁ, Magdalena a Soňa VÁVROVÁ. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0012-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.

BUŘVALOVÁ, Denisa, REITMAYEROVÁ, Zuzana. *Tělesně postižení*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-415-X

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-094-4.

Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách

Metodické listy:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1V_ZVEnxkUSW0_W_6sH61mzJoBBj34qb45oWwEdmcKOc/edit?ts=59f4a8cd#gid=546433920

14 Seznam příloh

Příloha 1 – Ukázka metodických listů

Příloha 2 – Odpovědi Martina Olišara přes Messenger

Příloha 3 – Seznam obrázků

Příloha 1

Otázka č. 1 – Pohlaví? Žena – Muž

Otázka č. 2 – Věk – 0 – 10, 11 – 20, 21 – 30, 31 – 40, 41 – 50, 51 – 60, 61 – 70, 71 – 80, 80<

Otázka č. 3 – Ve kterém kraji žijete?

Otázka č. 4 – Jaký je váš hendikep? Paraplegie, Kvadruplegie, jiná

Otázka č. 5 – Jaký máte druh hendikepu? Vrozený, získaný, jiná

Otázka č. 6 – V kolika letech se vám stala zdravotní komplikace, která hendikep způsobila?

Otázka č. 7 – Jak se Vám to stalo?

Otázka č. 8 – Pobíráte invalidní důchod? Ano, ne, jiná

Otázka č. 9 – Pracujete? Ano, ne

Otázka č. 10 – Odkud? Z domova, z kanceláře, jiná

Otázka č. 11 – Dojíždíte? Ano, ne, jiná

Otázka č. 12 – Jak často pracujete? 1 den v týdnu, 2 – 4 dny v týdnu, 5 – 6 dnů v týdnu, každý den, pouze nárazově, jiná

Otázka č. 13 – Pobýval/a jste v nějakém rehabilitačním centru? Ano, ne

Otázka č. 14 – Pokud ano, jakém? Kladruby, Hrabyně, Paraple, jiná

Otázka č. 15 – Kolikrát?

Otázka č. 16 – Na jak dlouhou dobu?

Otázka č. 17 – Jak často cvičíte? 1x týdně, 2 – 4x týdně, 5 – 6x týdně, každý den, nepravidelně, necvičím, jiná

Otázka č. 18 – Jaké používáte kompenzační pomůcky? Chodítka, berle, protéza, mechanický vozík, elektrický vozík, jiná

Otázka č. 19 – Jste členem nějaké komunitní organizace? Ano, ne

Otázka č. 20 – Pokud ano, jaké?

Otázka č. 21 – Zapojujete se aktivně? Ano, ne, jiná

Otázka č. 22 – Jste v nějaké sportovní organizaci? Ano, ne, jiná

Otázka č. 23 – Pokud ano, v jaké?

Otázka č. 24 – Pokud jste členem nějaké organizace, byl/a jste jejím členem již před úrazem?

Ano, ne, jiná

Otázka č. 25 – Jak aktuálně nahlížíte na svůj život? Žiji minulostí, žiji přítomností, žiji budoucností, jiná

Otázka č. 26 – Máte tendenci plánovat? Ano, ne

Otázka č. 27 – Sportujete? Ano, ne, jiná

Otázka č. 28 – Dosáhl/a jste ve sportu nějakého úspěchu? Ano, ne

Otázka č. 29 – Pokud ano, jakého?

Otázka č. 30 – Máte partnera / partnerku? Ano, ne, jiná

Otázka č. 31 – Pokud aktuálně nemáte, měl/a jste? Ano, před úrazem; Ano, už jsem měl/a hendikep; ne; jiná

Otázka č. 32 – Máte děti? Ano, ne

Otázka č. 33 – Všímáte si na veřejnosti reakcí na Váš hendikep? Ano, ne

Otázka č. 34 – Pokud ano, na co se zaměřují?

Otázka č. 35 – Mají tendenci vás.. Litovat, podporovat, chválit, pomoci, ignorovat, nemístně komentovat, jiná

Otázka č. 36 – Jak prožíváte tyto reakce? Vadí mi to, je mi to jedno, nevadí mi to, jiná

Otázka č. 37 – Podporují Vás rodinní příslušníci? Ano, ne

Otázka č. 38 – Chtěl/a byste něco změnit? Koníčky, zaměstnání, vzdělání, bydliště, přátelé, rodinu, nic, jiná

Otázka č. 39 – Cítíte se být v nějaké oblasti vyčleněn/a? Práce, koníčky, kulturní zařízení, rodina, doprava, necítím se vyčleněn/a

Otázka č. 40 – Jaké jsou vaše největší bariéry v každodenním životě?

Otázka č. 41 – Při překonávání bariér Vám pomáhá.. Rodina, asistent, přátelé, náhodní kolemjdoucí, nikdo, jiná

Otázka č. 42 – Jezdíte na dovolenou? Ano, ne, jiná

Otázka č. 43 – poznámky, vzkazy

Příloha 2

Dále bych se tě chtěla zeptat, jak bys Ty jako člověk s omezením samostatné mobility, změnil věci tak, abys zapadl do společnosti, ať už co se týče architektonických bariér a podobně? Osvěta o potřebách nejvíce ochrnutých. Na električáku i malý schůdek může být
zabranou, přitom uvádí bezbariérové.

Co ti nejvíce pomáhalo při zvládání situace, kdy nastal handicap? Práce, rodina, přátelé.
Co tě znova nastartovalo? Studium vysoké školy a práce.
S jakými problémy se na tebe obracejí lidé (Kvadru)? Rady těsně po úraze, půjčovna
pomůcek, odstranění bariér.

Nenapadá tě ještě něco, co by bylo třeba vyzdvihnout v mé práci? Absolutní neřešení
hrubých nedostatků ve financích, asistence, rehabilitaci a ošetřování pro lidi se III. stupněm
postižení.

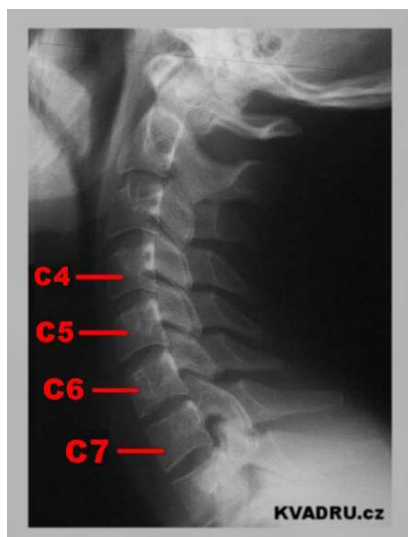
Proč lidi s postižením mají problém najít si partnera a proč se rozvádějí? Rozvody a
nezajem jsou způsobeny narocností života s touto osobou (muzu rozepsat) - lidé hledají
ideální život a snaží se.

Handicap zhoršuje pohyb a tudíž i možnosti seznamování a člověk na vozíku může odradit
- snížení šance na seznámení

Proč lidi s postižením nejsou zaměstnáni? Je to tím, že nechtějí, nebo mají problém sehnat
si práci? Stejně tak zaměstnání, kvadruplegik hůře dojíždí denně do officu a práce z
domova je omezena a trivialní - není skoro nabídka. Doporučuji podnikání, člověk si to
nanstavi dle sebe a je motivovaný a může si i vydělat. Prostě ty možnosti jsou omezeny a
firmy tohle moc nepodporují, je to pro ně složité. Všeobecně, pro ně je lepší darovat něco
na charitu (navíc si odepisují z daní) a nemají s tím starost a neupravovat přístup a
kanceláře a tvářit se trpělivě s pomalými, snaží se makat efektivně.

Příloha 3

Obrázek č. 1



Obrázek č. 2

